

Fase-gerichte psychotherapeutische behandeling volgens de richtlijnen van ISSTD* voor de behandeling van DIS/AGDS		
<i>Wat houdt het fase-gerichte psychotherapeutische behandelmodel in?</i>	<p>De gefaseerde behandeling van DIS en AGDS richt zich op het vergroten van veiligheid en vaardigheden, op het verminderen van dissociatieve symptomen, op traumaverwerking en op integratie van de dissociatieve delen. Vanwege de complexe problematiek met comorbiditeit en vaak ernstige hechtingsproblematiek en vanwege het gebrek aan essentiële vaardigheden, is de behandeling gefaseerd (Steele, Boon & van der Hart, 2018) De gelaagde problematiek, waarbij de hele persoonlijkheid is opgebouwd op het overleven van vroegkinderlijke chronische traumatisering, vraagt om een gefaseerde aanpak.</p> <p>Fase 1 is gericht op veiligheid, de therapeutische relatie, interne samenwerking en emotieregulatie en heeft als doel dat de patiënt sterker wordt en de taken van het dagelijks leven beter aankan om daarna van trauma-verwerking (in fase 2) te kunnen profiteren. De 2e fase richt zich op verwerking en integratie van de traumatische herinneringen en op cognitieve herstructurering met aandacht voor schuld- en schaamtegevoelens. In de 3e fase is het doel integratie van de persoonlijkheid en herstel van sociaal-maatschappelijk functioneren. Integratie is niet altijd gewenst of haalbaar; dan kan gestreefd worden naar een stabiele cohesieve binnenwereld. Er is in de 3^{de} fase ook aandacht voor rouw, therapie-afbouw, terugvalpreventie en de toekomst.</p>	
<i>Waar helpt het bij? (kies 1 of meer van de 5 doelen)</i>	<p>Integratie van gefragmenteerde delen van de identiteit, voorkomen van terugkerende hiaten in het herinneren, vermindering van traumagerelateerde symptomen, vermindering van comorbide problemen, verbetering van het interpersoonlijke en sociale functioneren.</p>	
<i>Etiologie & pathogenese DIS/AGDS</i>	<p>Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over trauma als oorzaak van de stoornis?</p>	<p>Uitgangspunt is dat de stoornis het gevolg is van chronisch vroegkinderlijk ernstig interpersoonlijk trauma, zoals fysieke en/of emotionele mishandeling en/of verwaarlozing, en/of seksueel misbruik; (Brand, Vissia et al, 2016) . De persoonlijkheid valt tijdens of na de traumatisering uiteen in van elkaar te onderscheiden dissociatieve delen. Het fase-model vormt samen met de theorie van structurele dissociatie van de persoonlijkheid, de leertheorie en de hechtingstheorie, de visie waarop de fase-gerichte behandeling is gestoeld.</p>
	<p>Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over de aanwezigheid van verschillende persoonlijkheidstoestanden?</p>	<p>De theorie van structurele dissociatie (Van der Hart, Nijenhuis en Steele, 2013) verwijst naar een opdeling in dissociatieve delen van de persoonlijkheid waarbij deze delen zelfbewust zijn en vanuit een eigen (soms rudimentair) ik-perspectief afzonderlijk het ervaren en handelen van de persoon kunnen beïnvloeden of aansturen. Enerzijds zijn er delen die zich vooral bezig houden met het functioneren in het dagelijks leven en die de traumatische herinneringen vermijden. Anderzijds zijn er en delen die de traumatische herinneringen inclusief de daarbij horende emoties, sensaties en cognities, 'bewaren' en gefixeerd zijn in de oorspronkelijke verdedigingsmodi. Dissociatieve delen laten over de tijd heen, continuïteit zien in denken, voelen en gedrag. Dit sluit aan bij wetenschappelijk onderzoek naar verschillen in hersenfysiologische reactiepatronen tussen verschillende dissociatieve delen. (Reinders et al., 2003, Reinders, Willemsen et al., 2012).</p>

	Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over dissociatieve amnesie?	Wanneer een dissociatief deel het bewustzijn en/of het handelen overneemt, kan amnesie optreden. Tussen verschillende dissociatieve delen kunnen in meer of mindere mate amnestische barrières bestaan. Met name bij DIS leidt dit tot herhaalde lacunes in de herinnering van alledaagse gebeurtenissen, persoonlijke informatie en van traumatische ervaringen.
Beschrijving behandeling	Welke rol neemt traumabehandeling in bij deze behandeling, en op welk moment?	De 2e fase staat centraal in de behandeling en richt zich op de behandeling van traumatische herinneringen. In deze fase wordt de confrontatie aangegaan met herinneringen aan overweldigende en bedreigende gebeurtenissen uit het verleden en wordt gewerkt aan verwerking en integratie van deze herinneringen. Er is ook aandacht voor de verwerking van emotionele verwaarlozing. Naast de verwerking is cognitieve herstructurering waarbij specifieke aandacht is voor schuld en schaamtegevoelens, belangrijk. Deze fase moet zorgvuldig samen met de patiënt en de dissociatieve delen worden voorbereid, gepland en gedoseerd. De timing hangt vooral af van veiligheid, emotie-regulatie en interne samenwerking en commitment. Informeer de patiënt dat in deze fase symptomen mogelijk (tijdelijk) kunnen toenemen. Niet voor alle patiënten is (volledige) trauma-verwerking haalbaar. Dan kan verder gewerkt worden naar fase 3. Ook wanneer fase 2 niet wordt geïndiceerd of wanneer de patiënt zelf fase 2 wil overslaan, moet gesproken kunnen worden over de betekenis en de gevolgen van het getraumatiseerd zijn. Een volledige traumaverwerking geeft op de lange termijn wel de meeste kans op meer stabiliteit.
	Hoe ziet het behandelproces eruit?	Het gaat om een combinatie van klachtgericht en persoonsgericht behandelen waarbij er verschillende referentiekaders en methodieken kunnen worden gebruikt. Elke patiënt heeft een individueel behandelprogramma dat bestaat uit één of meer (onderling samenhangende) therapievormen, die per behandelsetting en -fase kunnen verschillen. De 1e fase richt zich op het aangaan van een therapeutische relatie met de patiënt. De gehechtheidsproblematiek staat centraal en innerlijke conflicten tussen delen kunnen verminderd worden. Daarnaast is deze fase gericht op het vergroten van veiligheid, het aanleren van emotieregulatietechnieken, stabilisatie en ik-versterking, controle over- en het verminderen van symptomen, en op interne samenwerking. In fase 1 kan een specifieke vaardigheidstraining (groepsmatig) worden ingezet. Aanvullend kunnen ook non-verbale werkvormen worden ingezet (vaktherapie), zowel individueel als groepsmatig. In de 2e fase staat traumaverwerking centraal. EMDR is een methodiek voor traumaverwerking in fase 2 waarmee goede resultaten geboekt kunnen worden, en deze kan ook op subdoelen worden ingezet in de andere fases (van der

		<p>Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera, Solomon, 2013 & 2014). Andere technieken zoals imaginaire exposure, geleide synthese en narrative exposure therapy kunnen ook ingezet worden in fase 2..</p> <p>In de 3e fase is het doel integratie van de persoonlijkheid en herstel van sociaal-maatschappelijk functioneren. Er is dan ook aandacht voor rouw, therapie-afbouw, terugvalpreventie en de toekomst.</p> <p>Huiswerkopdrachten kunnen de zelfwerkzaamheid van de patiënt stimuleren en het behandeltempo verhogen.</p>
	Is de behandeling individueel of in een groep?	Individuele psychotherapie staat centraal; psycho-educatie en vaardigheidstraining kan ook in groepsverband.
	Is de behandeling (dag)klinisch en/of ambulante?	Bij voorkeur ambulante en wanneer een hogere intensiteit nodig is, in deeltijd. Klinische behandeling is voor een kleine subgroep geïndiceerd.
	Wat is de rol van medicatie?	Medicatie kan zonnodig een onderdeel van de behandeling zijn om sneller tot stabilisatie en symptoomreductie te komen.
	Is er een rol voor vaktherapie en zo ja, welke?	Aanvullende vaktherapie is vaak aan te bevelen, vooral psychomotore therapie en creatieve therapie beeldend. Er kan een specifieke vaktherapeutische module (groepsmatig) die gericht is op de waarneming worden ingezet. (Hoven, Scheffers, 2014)
	Wat is de rol van naasten en/of lotgenoten?	Met toestemming van de patiënt worden naasten bij voorkeur betrokken.
	Hoe lang duurt de behandeling gemiddeld?	4 tot 8 jaar. De duur van de fases verschilt per patiënt; afhankelijk van oa niveau van functioneren en comorbiditeit. Bij minder complexe problematiek duurt met name fase 1 korter.
	Zijn er contra-indicaties?	Ernstige middelenverslaving, floride psychose buiten de context van de dissociatieve stoornis, acute suïcidaliteit die onmiddellijke crisisinterventie behoeft
	Wat zijn de voordelen van deze behandeling?	<p>De behandeling pakt de oorzaken van de problemen aan, is stoornis-specifiek en sluit aan bij de klachten en hulpvraag van de patiënt. Er wordt aangesloten bij de subjectieve beleving van de patiënten dat zij dissociatieve delen hebben en lacunes in het geheugen ervaren. Respect voor de patiënt is de basis en de verdeeldheid in zijn binnenwereld wordt erkend. Decompensatie of verergering van symptomen wordt voorkomen door de aandacht voor de therapeutische relatie en het aanleren van technieken gericht op emotieregulatie, ego-versterking en het verminderen van dissociatie. Met de gefaseerde opbouw krijgen patiënten de tijd om toe te groeien naar steeds moeilijker werk wat verzet moet worden.</p> <p>Met voldoende traumaverwerking en een geslaagde integratie van de persoonlijkheid kan de dissociatieve stoornis volledig worden opgeheven.</p>

	Wat zijn de nadelen van de behandeling?	Een lange behandelduur.
Evidentie voor effectiviteit behandeling	Wat is de evidentie voor deze behandeling van DIS/AGDS?	Er is een grote internationale pre-post studie naar de effecten van individuele psychotherapie in de verschillende behandel fases onder therapeuten en hun patiënten met DIS/AGDS. Uitkomst: gaandeweg de behandel fases werden minder dissociatieve en PTSS-symptomen gerapporteerd, minder algemene psychopathologie (depressie, drugsgebruik, fysieke pijn), minder gevaarlijk, zelfverwondend en/of suïcidaal gedrag en minder opnames. Het welbevinden en niveau van functioneren verbeterden. (Brand, Classen, Lanius et al, 2009; Brand et al, 2013) Daarnaast is een online psycho-educatief programma voor patiënten met dissociatieve stoornissen in de 1 ^e behandel fase onderzocht en de resultaten na 2 jaar lieten een toename zien in adaptieve vaardigheden en emotieregulatie en vermindering van symptomen, suïcidepogingen en opnames. (Brand et al, 2019)
Beschikbaarheid in NL	Hoe lang is ervaring opgedaan met deze behandeling voor patiënten met DIS/AGDS?	Voor DIS/AGDS: ongeveer 30 jaar.
	• Waar in Nederland?	Bij de topreferente traumacentra van Palier, Altrecht, GGZE, GGZ-Centraal en GGZ Drenthe. Bij afdelingen gericht op trauma van GGZ-instellingen en bij vrijgevestigde klinisch psychologen en psychiaters.
	• Vergoeding door ziektekostenverzekering?	Ja
Informatie	• Website	www.trtcnederland.nl
	• Instelling(en)/organisatie	TRTC Nederland, Caleidoscoop, Celevt, ISSTD, ESTD
	• Toegankelijke lectuur/literatuur	K. Steele , S. Boon & O. van der Hart (2018): Behandeling van trauma gerelateerde dissociatie S, Boon & K. Steele (2013) : omgaan met trauma gerelateerde dissociatie – vaardigheidstraining voor patiënten en hun therapeuten. H. Hornsveld, S. Berendsen (2009) : Casusboek EMDR – 25 voorbeelden uit de praktijk, M. Groenendijk : Casus 14 Ik ! Ben ! Goed ! – een cliënte van 55 jaar met DIS, blz 205 - 223

Referenties

Brand, B. L., Classen, C. C., Lanius, R. A., 125, Loewenstein, R. J., McNary, S. W., Pain, C., & Putnam, F. W. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy*, 1, 153–171. Q5

Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., ... Putnam, F. W. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 301–308.

Brand BL1, Vissia EM2, Chalavi S2,3, Nijenhuis ER4, Webermann AR1, Draijer N5, Reinders AA2,6. DID is trauma based: further evidence supporting the trauma model of DID. *Acta Psychiatr Scand.* 2016 Dec;134(6):560-563. doi: 10.1111/acps.12653. Epub 2016 Oct 14.

Brand, B. L., Schielke, H., Putnam, K., Putnam, F., Loewenstein, R. J., Myrick, A., ... Lanius, R. A. (2019). 140 An online educational program for individuals with dissociative disorders and their clinicians: One-year and two-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 156–166.

Hoven, H.M. & Scheffers, W.J.(2014). Waarnemen bij dissociatieve klachten. Een kwantitatief pilotonderzoek naar de effecten van een vaktherapeutische module. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 45-52.

Reinders, AATS., Nijenhuis, ERS., Paans, AMJ., Korf, J., Willemsen, ATM. & den Boer, JA., Dec-2003, One brain, two selves In : *Neuroimage*. 20, 4, p. 2119-2125 7 p.

Reinders AA1, Willemsen AT, Vos HP, den Boer JA, Nijenhuis ER. Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS One*. 2012;7(6):e39279. doi: 10.1371/journal.pone.0039279. Epub 2012 Jun 29.

Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. (2018). *Behandeling van traumagerelateerde dissociatie : een praktische integratieve benadering*. Uitgeverij Mens !

Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013) Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders : Applications in the stabilization phase. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7 (2), 81-94. Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (1), 33-48.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2013). *Het belaagde zelf – structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Uitgeverij Boom.